

بیت‌الی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دفتر اعتبار بخشی و ارزیابی آموزش پزشکی

فرم تقاضا برای تأسیس گروه آموزشی جدید و مستقل

خواهشمنداست این فرم را پس از تکمیل به انضمام مدارک لازم به آدرس - تهران - شهرک غرب - میدان صنعت - فلامک جنوبی - خیابان سیمای ایران - ساختمان نصر ۵ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طبقه نهم، دفتر اعتباربخشی و ارزیابی آموزش پزشکی ارسال نمایند.

نام و آدرس موسسه آموزشی واحد آموزشی

گروه مورد تقاضا نام و سمت متقاضی

علت یا علل لزوم تشکیل چنین گروه آموزش عالی را دقیقاً بیان نمائید. در صورت لزوم از یک برگ کاغذ اضافی استفاده نمائید.
وجه امتیاز و وجوه تمایز گروه آموزشی مورد پیشنهاد خود را در مقایسه با گروه های مشابه در دانشگاهها و دانشکده های علوم پزشکی بیان نمائید.
برای شروع کار چه مقدار سرمایه، فضای آموزشی، تجهیزات در اختیار دارید؟
محل جغرافیائی استقرار گروه آموزشی اندازه ساختمان، اطاقها، آزمایشگاهها و کارگاهها را دقیقاً بیان نمائید.
آیا از حمایت مالی، فنی و آموزشی هیچ سازمانی، موسسه علمی و یا فردی برخوردارید؟ لطفاً شرح دهید.

آیا قادر به تأمین کلیه هزینه های مربوط هستید؟
از چه منبعی این اعتبارات را تأمین خواهید نمود؟

چند نفر و یا چه تخصص هائی به عنوان اعضای هیأت علمی و فنی در اختیار دارید؟

نام و نام خانوادگی	مدرک تحصیلی	رشته تحصیلی	نام موسسه آموزشی	محل و سال اخذ / مدرک	شغل فعلی	نوع استخدام	نیمه وقت

امکانات و تجهیزات آزمایشگاهی خود را شرح دهید.

کدام کتابخانه و با چه تعداد کتاب استفاده خواهید نمود؟

این گروه چه رشته های جدیدی می تواند راه اندازی نماید؟

و چه تعداد؟

چه سازمانهایی جذب کننده فارغ التحصیلان این رشته خواهند بود.

برنامه پیشنهادی شما مصوب است؟..... در صورت مصوب نبودن، برنامه پیشنهادی خود را ضمیمه فرمائید؟